

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

224
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAPLANCHE

Né à Saumur le 30 avril 1895
Externe des Hôpitaux de Paris
Médaillé militaire
Croix de Guerre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCÈRE SYPHILITIQUE
DE JAMBE

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

122

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAPLANCHE

Né à Saumur le 30 avril 1895
Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille militaire
Croix de Guerre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ULCÈRE SYPHILITIQUE
DE JAMBE

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924



LE DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN.....	Pathologie médicale
BASSET.....	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale
BINET.....	Physiologie
BLANCHETIÈRE.....	Chimie biologique
BRANCA.....	Histologie
BRULÉ.....	Pathologie médicale
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale
CHAMPY.....	Histologie
CHIRAY.....	Pathologie médicale
CLERC.....	Pathologie médicale
DEBRÉ.....	Hygiène
I. de JONG.....	Anatomie pathologique
DUVOIR.....	Médecine légale
ÉCALLE.....	Obstétrique
FIESSINGER.....	Pathologie médicale
FOIX.....	Pathologie médicale
GARNIER.....	Pathologie expérimentale
HARVIER.....	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER.....	Urologie
HOVELACQUE.....	Anatomie
JOYEUX.....	Parasitologie

MM.

LABBÉ (Henri).....	Chimie biologique
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgicale
LE LORIER.....	Obstétrique
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique
LHERMITTE.....	Pathologie mentale
LIAN.....	Pathologie médicale
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale
METZGER.....	Obstétrique
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie
PHILIBERT.....	Bactériologie
RIBIERRE.....	Pathologie médicale
RICHET FILS.....	Physiologie
ROUVIÈRE.....	Anatomie
STROHL.....	Physique médicale
TANON.....	Pathologie médicale
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale
VAUDESCAL.....	Obstétrique
VERNE.....	Histologie
VILLARET.....	Pathologie médicale
WELTER.....	Ophthalmologie

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie
GOUGEROT.....	Pathologie médicale
GUÉNIOT.....	Obstétrique

MM.

RETTERER.....	Histologie
ROUSSY.....	Anatomie pathologique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
RAY..... Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. Clinique chirurgicale infantile.
VASSU..... Clinique chirurgicale.	PROUST..... Clinique chirurgicale.
DEL-LAVASTINE Clinique médicale.	RATHERY..... Clinique médicale.
EBOLLET. Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ... Clinique chirurgicale.
I..... Clinique médicale.	TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.
PER..... Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

M MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

JACQUES LAPLANCHE

Engagé volontaire

Tué à l'ennemi à l'âge de 18 ans

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En gage de très grande affection
et de profonde gratitude.*

A MA GRAND'MÈRE

A MA FIANCÉE ET A SES PARENTS

A MES NEUF FRÈRES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*En remerciement d'avoir bien
voulu nous guider dans ce tra-
vail et en reconnaissance des té-
moignages de bienveillance qu'il
n'a cessé de nous donner pendant
notre séjour dans son service.*

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET A L'HOPITAL D'ANGERS

MM. le Docteur THIBAULT, professeur de Clinique
médicale (*In memoriam*).

Docteur MONPROFIT, professeur de Clinique
chirurgicale (*In memoriam*).

Docteur BOQUEL, professeur de Clinique
obstétricale directeur de l'Ecole.

Docteur CHARLES MARTIN, professeur d'Ana-
tomie.

Docteur G. BRAC, médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

1920-1921. M. le Docteur MAURICE CHEVASSU,
professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'Hôpital Cochin ;

1921-1922. M. le Docteur HENRI DUFOUR, médecin de l'Hôpital Broussais ,

1922-1923. M. le Docteur PROSPER MERKLEN, médecin de l'Hôpital Tenon (actuellement professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg) ;

1923-1924. M. le Docteur ROBINEAU, chirurgien à l'Hôpital Necker ;

M. le Docteur G. MILIAN, médecin de l'Hôpital Saint-Louis ;

M. le Docteur J. RENAULT, médecin de l'Annexe Gaucher, à l'Hôpital Saint-Louis.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de comprendre dans ce travail toutes les manifestations ulcéreuses de la syphilis au niveau du membre inférieur. Dès le début, nous tenons à préciser que nous n'y ferons pas rentrer les ulcérations consécutives à l'ouverture des gommés sous cutanées. Leurs caractères morphologiques et évolutifs sont la plupart du temps si nets que l'idée de la maladie causale est pour ainsi dire toujours éveillée. L'enquête, le laboratoire viennent compléter les renseignements tirés de l'examen physique ; et dans le doute, il est bien rare qu'on n'ait pas recours au traitement d'épreuve.

Nous nous bornerons ici à l'étude des ulcérations cutanées que Fournier rangeait dans son groupe des syphilides « tuberculo-ulcéreuses ». Nous aurons en vue surtout ces ulcérations à marche torpide si fréquentes au niveau des jambes, « syphilides atypiques » dont le diagnostic devient difficile même pour l'œil le plus exercé et souvent n'est pas fait. Cette notion n'est pas nouvelle. On pourrait dire qu'aucune n'est plus classique. Fournier y insiste à plusieurs reprises dans le *Traité de la syphilis*. « Ce sont les plus experts, dit-il, qui se montrent les plus

hésitants, les plus réservés, les plus circonspects et cela en souvenir des erreurs qu'en telle occurrence il leur est arrivé de commettre ». Un peu plus loin cette phrase toute entière en lettres capitales dans le texte attire le regard : « Il est absolument commun que les ulcérations syphilitiques tertiaires siégeant aux jambes, soient méconnues comme nature et considérées comme variqueuses ». Ce précepte, tous les auteurs après lui, l'ont repris à leur compte.

Malgré cela, pendant notre séjour dans le service de notre maître M. Milian, qui a bien voulu nous inspirer ce sujet de thèse, nous avons été frappé par le grand nombre de malades qui entrent à l'hôpital, porteurs d'un ulcère en évolution depuis des mois, voire des années, chez lesquels le diagnostic n'a pas été pesé et qui guérissent en quelques semaines par le traitement spécifique.

Nous pensons bien que le plus souvent, on avait suspecté la syphilis. Mais les signes physiques ne paraissaient pas nets. Le Bordet-Wassermann avait été négligé souvent ou s'était montré négatif. Dans l'incertitude, en présence d'une syphilis cachée ou ignorée on avait hésité à ouvrir les yeux du malade sur la nature présumée de son mal et à imposer un traitement d'épreuve qui eût pu être un succès brillant.

Pour ces raisons, il nous a paru intéressant et utile de reprendre cette question ancienne.

Pour servir de base à notre travail, nous n'avons pas eu besoin de rechercher des observations dans le

passé. Les cas de ce genre sont de tous les jours dans les services de dermatologie. Nous avons pu simultanément en observer cinq dont nous rapporterons l'histoire.

Nous suivrons dans cette étude, le plan suivant :

1° Nous exposerons rapidement les caractères cliniques et évolutifs de l'ulcère syphilitique de jambe, en insistant surtout sur les difficultés d'interprétation qui nous ont paru naître de la localisation au membre inférieur ;

2° Nous montrerons que le diagnostic souvent hésitant après l'examen de la seule ulcération, a à sa disposition des moyens de contrôle puissants :

Recherche de la syphilis par l'examen somatique et les antécédents ;

Réactions sérologiques ;

Traitement d'épreuve.

3° Nous envisagerons ensuite les principales causes d'erreur en développant tout particulièrement la question « syphilis et ulcère tuberculeux, syphilis et ulcère variqueux » ;

4° Nous rapporterons enfin des observations d'ulcères de jambe, dont le traitement d'épreuve est venu démontrer la nature souvent difficile à mettre en évidence par les seuls moyens de la clinique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE L'ULCÈRE SYPHILITIQUE

DE JAMBE

ÉTUDE CLINIQUE

L'ulcère syphilitique de jambe est une manifestation de la période tertiaire de la maladie et quelquefois une manifestation de l'hérédo-syphilis.

La fréquence des lésions tertiaires au niveau de la jambe est un fait connu de tous. Quiconque a passé quelque temps dans un service spécialisé a vu des ulcérations de jambe typiques dont le diagnostic de nature se discute à peine. On peut dire que cette localisation se rencontre aussi souvent et plus encore pour les syphilides atypiques que nous avons surtout en vue. Cette notion dit assez combien la syphilis devra être suspectée pour toute lésion dont la nature reste indéterminée et avec quel soin il faudra la rechercher si ses caractères n'apparaissent pas tout d'abord avec netteté.

Le siège de prédilection de ces lésions est, dit-on classiquement, la partie supérieure de la jambe. On devrait dire plutôt que, dans ces cas de localisation haute, la syphilis est plus que probable. En réalité,

elle n'a pas de siège précis et particulier. Elle peut intéresser le membre en telle région, aussi bien qu'en telle autre.

Caractères morphologiques

Les véritables éléments du diagnostic sont tirés des caractères mêmes de la lésion.

Disons tout de suite que les aspects peuvent en être très différents reliés entre eux par de nombreux intermédiaires.

La communauté de nature permet d'ailleurs de retrouver des *signes majeurs* qui servent de lien entre les formes au premier abord disparates :

Il s'agit toujours d'un infiltrat spécifique plus ou moins dense qui a subi une nécrose parcellaire et une fonte purulente.

Nous n'avons pas à nous occuper de la lésion purement infiltrante qui le plus souvent est passée inaperçue du malade et sur laquelle il ne donne en tout cas que des indications vagues quand l'ulcère est constitué.

Passé ce stade, la lésion se ramollit, l'épiderme se crevasse et peut s'incruster. La syphilide passe alors par un stade croûteux avant d'arriver au stade purement ulcéreux.

A. — *Stade ulcéro-croûteux*

Caractère de la croûte syphilitique. — Nous n'insisterons guère sur ce chapitre qui sort un peu du sujet de l'ulcère proprement dit :

Nous ne voulons pas cependant le passer sous silence. Il arrive souvent en effet que le malade nous apprenne au cours de l'interrogatoire que telle lésion ulcéreuse dont la morphologie nous apparaît peu concluante a débuté par une croûte qu'il a arrachée et dont la description nous met sur la défensive. Souvent aussi l'ulcération principale, celle pour laquelle il vient consulter, devient un diagnostic étiologique facile, parce qu'à son voisinage, parfois sur le membre opposé ou en toute autre région du corps nous découvrons une lésion croûteuse typique de syphilis.

Les caractères de la croûte syphilitique sont habituellement nets. Il s'agit en effet d'une lésion relativement jeune, n'ayant pas encore subi les influences secondaires qui pourraient modifier ses caractères.

a) Elle est de contour orbiculaire et souvent régulièrement arrondie comme tracée au compas ;

b) Sa couleur sombre, triste comme on l'a dit, variant du vert olive au noir, est souvent à elle seule une indication précise pour un œil habitué ;

c) Elle est enchassée dans le derme, véritablement sertie en verre de montre dans le tégument, indiquant qu'il existe au-dessous d'elle une lésion profonde, creusante, ainsi qu'on peut le constater en l'arrachant ;

d) Cette croûte est de plus épaisse, très épaisse souvent. Les formes ostréacées, les formes en patelle disent assez à quel degré ce caractère peut être réalisé ;

e) Elle est enfin compacte et dure, criant sous le stylet. Elle se détache d'un seul morceau.

Cette physionomie rapidement esquissée de la croûte syphilitique, nous n'en dirons pas davantage.

Le fait de la constater est une circonstance heureuse pour le diagnostic. Son existence signifie : lésion relativement jeune à caractères nets.

Mais, spontanément ou sous l'influence des pansements, cette croûte va tomber, l'ulcération sous-jacente, sous l'action de facteurs divers sera exposée à perdre petit à petit son allure typique du début.

B. — *Caractère de l'ulcération considérée isolément.*

C'est l'ulcération isolée que l'on verra le plus souvent soit que le stade crouteux soit passé depuis longtemps, soit que la lésion ait été ulcéreuse d'emblée.

En pratique donc, on est en présence d'un ulcère de jambe ; sur quels signes va-t-on s'appuyer pour dire qu'il s'agit d'un ulcère syphilitique ?

Signes majeurs de l'ulcère syphilitique. — Il existe des ulcères syphilitiques dont le diagnostic peut se poser pour ainsi dire sans discussion.

Ce sont ceux qui réunissent l'ensemble des signes majeurs décrits par Fournier. Nous ne pouvons mieux faire que de les citer avec lui :

On peut à coup sûr porter le diagnostic d'ulcère

syphilitique quand on rencontre réunis les signes suivants :

- 1° Ulcération de type circiné ;
- 2° Ulcération notablement creuse, excavée ;
- 3° Ulcération à bords nettement et verticalement entaillés ;
- 4° Ulcération à bords adhérents, non décollés ;
- 5° Ulcération à fond crémeux, bourbillonneux.

Ces quelques lignes réalisent le croquis parlé, si l'on peut dire de l'ulcère spécifique. C'est à elles qu'il faut se reporter pour un diagnostic.

Mais ce serait trop demander que de vouloir trouver toujours réunis ces caractères et de penser les trouver toujours aussi nets à l'examen. La réalité est loin d'être aussi schématique. Il faut souvent savoir discerner dans un ensemble en apparence banal, l'existence de tel ou tel symptôme qui va poser le problème étiologique.

Tout le monde a retenu cette description idéale de l'ulcération syphilitique. Trop souvent, il nous semble, on a tendance à perdre de vue les nuances que les classiques ont apportées dans leur analyse détaillée de chacun de ces signes de syphilis et qui nous paraissent plus utiles à bien connaître au niveau du membre inférieur qu'en toute autre région.

Nous reprendrons donc cette analyse en montrant à combien de difficultés peut se heurter la clinique.

1° *Ulcération de type circiné.* — Voilà certes l'un des bons signes de la spécificité, la signature du

tréponème dont les méfaits sont toujours à extension périphérique.

Mais que faut-il entendre par là ? Faut-il penser que dans tous les cas ce caractère s'impose à la vue ? Evidemment non.

Il y a certes des exemples où le caractère orbiculaire frappe d'emblée par sa régularité.

Il y a des ulcérations cerciformes, d'autres à contour polycyclique net dont le premier aspect n'est pas moins instructif.

Mais ces ulcérations à contour régulier, typique de la syphilis ne sont pas, il s'en faut, la règle au niveau du membre inférieur. On peut même dire que cette configuration devient l'exception pour tout ulcère syphilitique de jambe dont l'évolution date de plusieurs mois comme c'est un cas fréquent. On rencontre souvent dans la pratique une ulcération dont la morphologie générale paraît échapper à toute description précise. Il faut être prévenu de ces faits, pour rechercher là où elle se trouve la signature de la syphilis. C'est alors qu'en un point parfois assez limité, le contour apparaît formé de segments de cercle plus ou moins nets. Parfois tout le contour de la lésion paraissait déchiqueté, sans ordre et un œil exercé reconnaît qu'en réalité cet aspect « en jeu de patience » est dû à la réunion de ligues arquées parfaites de plus ou moins grand rayon.

Il nous faut insister sur ces faits. Le polycyclisme est un des bons signes de syphilis. A lui seul il doit mettre sur la voie du diagnostic. Mais ce signe n'est

pas toujours apparent au premier coup d'œil. Il nécessite souvent une analyse minutieuse. L'œil du médecin non spécialisé s'attache souvent trop à la physionomie d'ensemble et néglige la minutie du détail.

Illustrons cette réflexion du petit fait suivant que nous avons observé dans le service de notre maître M. Milian. Quand il y avait discussion dans son entourage sur l'existence ou la non existence du polycyclisme, il suivait à la plume et un peu à distance le contour de l'ulcération : ce graphique fidèle se fixait enfin dans les yeux qui n'avaient pas encore vu.

Signalons au sujet de ce symptôme notre observation n° III. Lésion datant de douze ans. La forme est irrégulière au premier abord. Mais l'aspect en certains points polycycliques attire l'attention. Sous l'influence du 914 la cicatrisation avance rapidement et au fur et à mesure qu'elle progresse, le contour prend l'aspect circiné des lésions syphilitiques.

2° *Ulcération notablement creuse, excavée.* — Voici évidemment un caractère de la syphilis tertiaire dont les lésions sont toujours en profondeur.

De nombreuses difficultés d'interprétation surviennent cependant qui risquent d'égarer le diagnostic. Il ne faut pas oublier que nous avons en vue seulement les ulcérations cutanées. Beaucoup ont conservé dans leur mémoire l'aspect de ces ulcérations gommeuses sous-cutanées dont la profondeur est le caractère dominant. Il est évident que la syphilis ulcéreuse

de la peau ne peut donner un aspect semblable. Elle est cependant une ulcération profonde qui intéresse le tégument dans son ensemble et creuse dans l'épaisseur du derme.

Pourtant ce caractère net dans une lésion de début peut échapper et souvent échappe s'il s'agit d'une ulcération ancienne dont le fond infecté bourgeonne et se surélève. Il ne faut pas se contenter d'un rapide examen d'ensemble, mais faire porter son inspection à la périphérie on se trouve la signature étiologique. Telle lésion qui paraissait superficielle, presque à fleur de peau, est limitée par un bord net qui atteint un millimètre, un millimètre et demi ou plus. A elle seule l'existence de ce bord indique qu'il s'agit d'une ulcération profonde, taillée à l'emporte-pièce. A elle seule, elle suffit à faire discuter la syphilis.

3^o Ulcération à bords nettement et verticalement entaillés. — L'importance de ce caractère mérite à peine d'être soulignée tant elle est de notion courante. C'est sur lui qu'on s'appuie le plus souvent quand les autres signes font défaut. Est-ce un signe pathognomonique de syphilis ? Non, sans doute, mais de toutes les causes d'ulcérations, c'est la syphilis qui détermine le plus souvent ces bords taillés à pic. Le caractère est habituellement net et il nous semble qu'à lui seul il doit interdire de poser un autre diagnostic avant que la syphilis ait pu être éliminée de façon indiscutable.

Signalons que cette entamure si spéciale des

bords peut parfois ne pas apparaître d'emblée. Nombre d'ulcères anciens sont le siège de phénomènes inflammatoires qui modifient leur aspect : les bords peuvent être tuméfiés, épais, perdre leur caractère de netteté. Il faut alors rechercher avec soin s'il n'y a pas sur le pourtour de l'ulcération un point plus caractéristique.

Si l'on n'en trouve pas on ne s'empressera pas trop vite de conclure par la négative. L'aspect pourra devenir typique dans quelques jours quand le repos, les pansements locaux auront fait disparaître les phénomènes du début.

4° *Ulcération à bords non décollés, adhérents.* —

Nous n'insisterons guère sur ce symptôme dont la constance n'échappe à personne. Il nous semble pourtant qu'on ne lui accorde pas en général toute la valeur qu'il mérite. On se dit sans doute que des lésions d'autre nature peuvent se présenter avec des bords adhérents, et cela permet d'oublier que les bords de l'ulcèresyphilitique, ne sont *jamais décollés*.

Que ce seul point ne puisse servir de base au diagnostic d'ulcère spécifique, nous ne pouvons le nier. Mais à notre avis il doit être le point de départ des recherches tendant à découvrir l'existence d'une syphilis cachée.

5° *Ulcération à fond crémeux, bourbillonneux.* — Ce signe est presque pathognomonique, nous dit Fournier, et c'est un point sur lequel il n'y a doute pour personne.

Mais pour important qu'il soit, lorsqu'il est positif,

nous pensons qu'il ne faut pas lui accorder une grande constance en matière d'ulcère syphilitique de jambe. Pour quelques cas, où il se présente avec netteté et où la plupart du temps d'ailleurs, il est accompagné de signes non moins suggestifs, parce qu'il s'agit de lésion jeune, les circonstances ne se comptent pas où il fera défaut. Il ne faut donc pas s'attendre à le constater, surtout lorsqu'on est en présence d'un ulcère de longue date que l'infection a pu envahir, ou de ces ulcères à marche torpide qui deviennent atones, ou que des pansements fréquents ont détergés.

6° *Caractères de l'aréole périphérique.* — Les caractères précédents n'ont donné que la physionomie de l'ulcération proprement dite. Il faut y rattacher dans la description de la lésion syphilitique les renseignements fournis par l'aréole périphérique, si importants quand elle existe nettement.

Elle rappelle le processus anatomique du début. C'est ce qui persiste de l'infiltrat qui continue à s'étendre à la périphérie, tandis que le centre s'est ramolli et ulcéré.

Elle peut être nette et présenter le plus grand intérêt.

Elle est alors *bien limitée*, ne s'étendant guère au delà de un demi à un centimètre des bords de l'ulcération.

Sa couleur rouge sombre, triste.

Son induration au palper, tout fait dire : Syphilis.

Les limites externes, comme l'ulcération et souvent mieux qu'elle, affirment le polycyclisme de la lésion.

Pourtant cette auréole comme tous les autres signes peut être d'une observation difficile.

Nombreux sont les cas où l'incurie des malades a favorisé au niveau de la plaie syphilitique une infection banale, et où l'importance des phénomènes inflammatoires masquent l'induration spéciale de la syphilis.

Souvent aussi, il faut savoir méthodiquement rechercher cette infiltration périphérique, disparaissant dans une large zone pachydermique et maculeuse. C'est un fait d'observation courante en matière d'ulcère chronique de jambe, et s'il existe des varices, on est trop souvent tenté de conclure simplement : ulcère variqueux. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ces faits.

Voilà, avec leur variété d'aspect, les caractères de l'ulcération spécifique. Nous croyons avoir suffisamment montré tout le polymorphisme de chacun d'eux. Sans doute faut-il en voir la raison dans la localisation au membre inférieur où la stase est plus marquée, les causes d'infection et d'irritation plus fréquentes qu'en d'autres régions.

Nous insistons après tous les auteurs sur ce fait qu'il ne faut pas s'attendre à voir réunis tous les signes qui réalisent le type parfait de l'ulcération syphilitique.

Mais nous ferons remarquer que les variations sont plus apparentes que réelles. Il ne s'agit pas de différences essentielles. Derrière la variété d'aspect, le clinicien doit découvrir l'identité du symptôme.

Le rôle de cet examen morphologique est de première importance, puisque cet ulcère de jambe, comme toutes les lésions cutanées de la syphilis n'a pas d'autre symptomatologie que l'ulcération elle-même.

Elle s'installe silencieusement sans troubles douloureux, sans réaction locale ni générale.

Cette absence même de phénomènes réactionnels peut être d'un certain intérêt dans la reconnaissance de la lésion. Mais encore faut-il, comme nous le dirons plus loin, savoir faire la part des complications possibles.

EVOLUTION

L'évolution fournira des renseignements précieux dont on devra tenir le plus grand compte.

Nous distinguerons un peu artificiellement trois périodes schématiques :

De constitution ;

D'état stationnaire ;

De réparation.

La période où la lésion s'accroît est toujours assez semblable à elle-même comme durée. En quelques semaines, quelques mois au plus, elle est arrivée à son développement complet.

A partir de ce moment, il faut distinguer des modalités variables : on peut dire qu'habituellement l'évolution de ces lésions non traitées est lente et dure au moins des mois.

Il faut noter la grande fréquence des évolutions torpides. Nous rapportons une observation où le début date de douze ans. Les durées de deux, trois, quatre ans sans que la lésion progresse en aucun sens sont des faits d'observation courante.

La guérison peut survenir spontanément : Elle est tardive et lente.

Sous l'influence du traitement, elle est presque toujours rapide et souvent d'une façon surprenante.

Après elle, subsiste une cicatrice déprimée, orbiculaire, parfois pigmentée, parfois au contraire complètement dépigmentée, toujours fine et gaufrée. Ces caractères qui rappellent les principaux de l'ulcération seront d'un grand intérêt pour un diagnostic ultérieur.

Nous devons insister sur ce fait que la guérison n'est pas toujours tenace. Dans les cas de guérison spontanée, la récurrence est un fait bien connu et habituel. Nous en avons un exemple typique dans une de nos observations. Cette femme dont nous parlions plus haut, et dont l'ulcère est apparu il y a douze ans, a eu une période de cicatrisation de trois ans pendant la guerre.

Même traité par la médication spécifique, l'ulcère guéri peut réapparaître. Cela prouve, ce que chacun sait depuis longtemps que la syphilis exige un traitement de longue haleine.

Complications

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que l'évolution simple de la lésion syphilitique. Or il est bien rare que pendant son évolution si lente, cet ulcère de jambe ne se complique à un moment donné.

Nous n'envisageons pas les complications graves de gangrène, d'érysipèle, de phagédénisme qui ne se

voient pas plus souvent pour cette localisation que pour aucune autre.

Mais nous avons dit plus haut combien étaient fréquentes et pour quelles raisons, au niveau du membre inférieur, les complications d'ordre inflammatoire.

Le plus souvent ce malade qui ne *souffre pas* de son ulcère, vit en bonne intelligence avec lui. Il se contente de le faire panser de temps à autre. Pour le décider à entrer à l'hôpital ou à consulter, il faut qu'un élément nouveau soit survenu.

Et c'est ainsi qu'à l'entrée nous sommes souvent en présence d'un segment de membre tuméfié rouge et chaud, avec parfois lymphangite et adénopathie. Au centre de cette région enflammée, une ulcération violacée, vineuse, sanieuse, souvent très douloureuse ne fait évidemment pas penser tout d'abord à la syphilis. Il faut en rechercher les signes avec soin. Il sera souvent impossible de se prononcer sur le simple examen de l'ulcération. Mais nous verrons au chapitre du diagnostic les moyens de contrôler une impression.

Formes cliniques

Nous croyons avoir suffisamment insisté sur les modifications de détail que peut subir chacun des signes de l'ulcère syphilitique pour qu'on ne nous reproche d'omettre de synthétiser les principaux aspects cliniques.

Tous les aspects symptomatiques peuvent être décrits depuis l'ulcère syphilitique typique, jusqu'à l'ulcère défiguré littéralement par une grosse réaction inflammatoire.

L'évolution, nous l'avons dit aussi, permet de distinguer :

Des formes relativement rapides : (évolution de quelques mois);

Des formes torpides (les plus fréquentes).

Des formes pseudo-torpides : (qui après une extension ou au contraire une tendance régressive rapide restent des mois au même point).

Il nous resterait à décrire des formes spéciales dont le diagnostic prête tout particulièrement à discussion.

Nous rapporterons un cas d'ulcère hybride syphilitico-tuberculeux et une observation d'ulcère syphilitique avec thrombo-phlébite oblitérante.

La description de ces formes nous semble mieux à leur place quand nous aurons envisagé le diagnostic différentiel avec l'ulcère tuberculeux et l'ulcère considéré comme variqueux.

DIAGNOSTIC

I. — Arguments sur lesquels s'appuiera le diagnostic d'ulcère syphilitique

Ce que nous avons dit jusqu'ici prouve assez que le diagnostic d'ulcère syphilitique de jambe n'est pas toujours chose aisée.

Nous avons montré que l'examen morphologique de la lésion devait toujours fournir, à qui sait le découvrir, un signe permettant de suspecter la syphilis. A ce titre, il reste la pierre d'achoppement du diagnostic. Il faut bien reconnaître cependant qu'il serait souvent incapable à lui seul d'imposer, même au médecin le plus averti, une conviction complète.

Mais l'attention étant attirée, trois procédés de contrôle, dont le rôle est d'autant plus important que la syphilis est moins apparente, permettront d'obtenir une certitude. Ce sont :

- 1° L'enquête générale au sujet de la syphilis ;
- 2° La recherche des réactions humorales. Bordet-Wassermann ;
- 3° L'épreuve thérapeutique.

1° *Contrôle clinique*

Recherche de la syphilis. — Nous n'avons pas à y insister beaucoup. C'est un fait de notion courante, encore que trop souvent oublié dans la pratique.

Ici comme toutes les fois que la syphilis peut être incriminée, il importe d'en rechercher les traces par un interrogatoire aussi serré que possible et par un examen complet.

Il y a des cas faciles où la syphilis acquise est un fait connu du malade. Encore faut-il penser à lui poser la question.

D'autres fois le diagnostic est simplifié par l'existence au voisinage ou à distance de l'ulcération pour laquelle le malade vient consulter, d'un autre accident ulcéreux qui peut présenter des caractères nets, mais qui, par sa seule existence, doit déjà mettre en méfiance, pour peu qu'un signe puisse être rapporté à la syphilis.

Très souvent ces renseignements précieux font défaut. Il faut savoir à l'occasion de l'ulcère de jambe le plus banal d'apparence, penser que la spécificité peut être en jeu et avoir la patience de la rechercher.

L'examen complet de la peau doit être pratiqué : il peut déceler des cicatrices suggestives. De même on recherchera aux organes génitaux la trace d'un accident primitif.

Nous soulignons toute l'importance de l'examen

de la muqueuse buccale. La leucoplasie, les lésions cicatricielles de la langue, des lèvres, sont autant de faits qui donnent souvent la signature de la syphilis.

Il n'est pas d'organe qui ne doive être exploré méthodiquement. On s'appliquera à interroger surtout ceux que la syphilis attaque le plus volontiers : le foie, l'aorte, le système nerveux.

C'est souvent l'existence d'une aortite ou les signes d'un tabès fruste qui viendront apporter une confirmation clinique au diagnostic hésitant.

Enfin il n'est pas jusqu'aux stigmates de l'hérédosyphilis qu'on ne doive s'attacher à relever systématiquement.

Il arrive d'ailleurs que l'examen somatique reste absolument muet. Ce n'est pas assez de constater qu'il n'existe actuellement aucun signe de syphilis. Il faut s'assurer qu'il n'en a jamais existé. L'étude minutieuse des antécédents, y compris les antécédents héréditaires, viendra parfois donner la preuve que l'examen actuel ne pouvait fournir.

Cette enquête, menée consciencieusement, comment interpréter ses résultats ?

Si elle démontre que le sujet est syphilitique, il ne s'ensuit peut-être pas de façon absolue que la syphilis soit la cause de son ulcère de jambe. Si l'examen de la lésion inclinait déjà à pencher de ce côté, cette opinion va se trouver de ce fait singulièrement renforcée. En tout cas, il est bien évident qu'il ne puisse y avoir d'autre conduite à tenir que d'instituer un traitement.

Si l'enquête a été négative, faut-il conclure que la syphilis n'existe pas ? Nous n'hésitons pas à répondre non. Nous savons que la syphilis se cache souvent. Il faut mettre en œuvre des moyens plus sûrs pour pouvoir l'éliminer.

2° Contrôle sérologique

Réaction de Bordet-Wassermann. — La réaction de Wassermann est devenue d'une pratique tellement courante que nous nous excusons presque d'en parler.

Il ne faut cependant jamais la négliger. Si on la pratiquait systématiquement elle permettrait bien souvent d'éviter l'erreur. Chez la plupart de nos malades un Wassermann très positif (+++) est venu confirmer l'opinion tirée de l'examen clinique.

Nous devons rappeler cependant qu'elle ne saurait en aucun cas se substituer à l'examen. Wassermann négatif ne signifie pas absence de syphilis, chacun le sait, surtout en matière de syphilis tertiaire ou héréditaire.

Nous n'avons pas à faire ici la critique des résultats fournis par cette épreuve sérologique. Contentons-nous de citer le cas d'un de nos malades, syphilitique avéré. Le Wassermann très positif dans son sang au début de novembre 1923 est devenu négatif le 31 janvier 1924 alors qu'il est en pleine récurrence. Il sera de nouveau positif (+++) huit jours plus tard après une première injection de novar.

Il ne faut donc pas demander à cette épreuve plus qu'elle ne peut donner et savoir passer outre quand la clinique l'exige.

3° *Contrôle thérapeutique*

Traitement d'épreuve. — Il faut bien reconnaître que c'est là le moyen de diagnostic le plus certain, le critérium final.

Nous devons déplorer de voir peu à peu oublié ou pratiquement abandonné de la plupart cette arme à deux tranchants en qui nos devanciers de la fin du siècle dernier mettaient leur suprême espoir. Des cliniciens de l'envergure d'un Fournier ne négligeaient pas ce moyen précieux de soutenir les défaillances de la séméiologie. De nos temps, au contraire, des procédés nouveaux de diagnostic sont apparus. Ils ont injustement rejeté dans l'ombre la valeur indiscutable de l'ancien. Ce n'est pas être rétrograde que revenir en arrière pour reprendre au passé ce qu'il avait de bon.

Toutes les fois que la clinique émet un doute, c'est à elle qu'il faut, jusqu'à vérification, donner raison contre le laboratoire. C'est à la thérapeutique qu'il appartient de régler le différend.

Les cas où le diagnostic a pu être ainsi affirmé par le traitement « pierre de touche » ne sont plus à compter. Ils abondent dans toute la littérature médicale. Les anciens auteurs nous chantaient à ce sujet les louanges de l'iodure et du mercure. Que di-

raient-ils s'ils avaient eû à leur disposition notre arsenal thérapeutique accru des ressources des arsénobenzols et des sels de bismuth ?

Répétons donc qu'une réaction sérologique négative ne saurait en aucun cas donner l'assurance qu'il ne s'agit pas de syphilis. Une de nos malades présentait une réaction de Wassermann négative, malgré cela le traitement fut entrepris sur les indications de l'examen clinique. Le résultat fut des plus concluants.

Dans tous les cas que nous rapportons d'ailleurs c'est à cette épreuve thérapeutique que nous avons en somme demandé la preuve définitive de notre diagnostic. On verra qu'elle était faite après quelques injections de novar.

Encore faut-il pour obtenir de ce procédé de contrôle tous les résultats qu'il peut et doit fournir, savoir l'employer de façon rationnelle et sans timidité. Autant qu'il est possible le traitement doit d'emblée frapper fort.

II. — Principales erreurs à éviter

Maintenant que nous avons précisé sur quels arguments devait s'appuyer le diagnostic d'ulcère syphilitique de jambe, il nous reste à mettre en évidence et à discuter les causes d'erreur qui peuvent survenir.

On nous accusera peut-être d'ostracisme, mais nous pensons qu'en matière d'ulcère de jambe, il

convient d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de la syphilis et qu'il faut au préalable l'éliminer pour poser un autre diagnostic.

Ceci dit, trois lésions nous paraissent plus particulièrement prêtes à discussion avec l'ulcère spécifique de jambe :

L'ecthyma ;

L'ulcération tuberculeuse ;

L'ulcère simple ou ulcère variqueuse classique.

Sans aucun doute d'autres problèmes peuvent surgir, mais de façon exceptionnelle et nous voulons nous limiter aux cas d'ordre pratique.

I. — *Ulcère syphilitique et ecthyma*

Le diagnostic se pose surtout pour les lésions ulcéro-croûteuses multiples et peu étendues. Nous n'avons guère à nous en occuper.

Il y a peu de difficultés d'ailleurs. La syphilis dont les lésions évoluent d'une façon relativement lente et ne s'accompagnent au début d'aucune réaction inflammatoire ne doit pas être confondue avec l'ecthyma dont les croûtes sont entourées d'une aréole rouge vif, œdémateuse, inflammatoire, qui évoluent en quelques jours et dont les éléments jeunes bulleux sont le plus souvent bien caractéristiques. Souvent aussi les circonstances étiologiques qui l'accompagnent, le mauvais état général, viennent en éclairer la nature.

En tous cas, toutes les fois que le doute persiste, on a le devoir de l'éclaircir.

II. *Ulcère syphilitique et ulcère tuberculeux*

L'ulcération tuberculeuse de jambe pose avec l'ulcère spécifique, un point de diagnostic des plus importants.

Il importe de bien connaître les modalités diverses de chacune des deux lésions pour ne pas les confondre.

Cette question nous a parue un peu négligée des classiques : les traités se bornent pour la plupart à mettre en regard des caractères de l'ulcère syphilitique, les caractères habituels de la lésion tuberculeuse. La description ne sort guère des généralités et les auteurs se contentent de mettre le lecteur en garde contre l'existence d'ulcères tuberculeux atypiques.

Or, dans le groupe des ulcères de jambe, une forme est relativement fréquente : l'ulcère scléro-tuberculeux que M. Milian a décrit dès 1907. Il nous semble utile d'attirer de nouveau l'attention sur ce point. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'en observer un cas très net sur les cinq observations dont nous rapporterons l'histoire.

1° *Parallèle entre l'ulcère syphilitique et l'ulcération tuberculeuse en général.* — Dans ce dernier paragraphe nous n'avons en vue que des lésions tuberculeuses schématiques décrites dans les traités

classiques. On y fait remarquer d'ailleurs que comme l'ulcère syphilitique, l'ulcère tuberculeux se présente rarement avec une physionomie particulière et que c'est encore par une étude comparative de chacun des symptômes qu'on arrivera à trancher le différend.

L'aréole qui entoure la lésion tuberculeuse au lieu d'être indurée comme celle de la syphilis est plus molle, plus dépressive. Sa coloration n'est plus rouge sombre, mais claire, d'un rose jaunâtre ou plus typiquement encore d'une nuance bleue violacée bien particulière.

Il existe parfois une croûte et alors sa couleur jaunâtre, son peu d'épaisseur, son manque d'homogénéité la distinguent de la croûte spécifique.

Sans aucun doute, ce sont les bords qui constituent le meilleur élément de diagnostic.

Ils sont peu accentués, non entaillés. Leur hauteur est toujours faible.

Leur consistance est molle flasque et tranche bien avec l'induration des bords de l'ulcère syphilitique.

Enfin caractère plus important, dont la signification doit s'imposer, ils sont souvent décollés, minés à leur face inférieure.

Le fond de l'ulcération est généralement rosé, pâle, prend quelquefois un aspect vitreux : mais n'a jamais l'aspect bourbillonneux des lésions syphilitiques typiques.

La forme de la lésion affecte parfois une configuration irrégulière qui élimine l'idée de syphilis. Mais

c'est là un caractère très secondaire car cette ulcération peut être rigoureusement arrondie.

Fournier, auquel nous empruntons en partie cette description, ne cache pas du tout ce qu'elle a d'artificiel.

« Aussi bien, dit-il, ne convient-il pas d'accorder aux signes objectifs dans ce diagnostic qu'une valeur restreinte, relative. Les signes de cet ordre sont à coup sûr toujours excellents à consulter et il faut tenir compte de ce qu'ils fournissent. Mais il faut savoir qu'ils sont sujets à défaillance comme à caution, c'est-à-dire qu'ils peuvent manquer et qu'ils peuvent tromper ».

Conclusion : s'il y a un doute sur l'existence de la syphilis, il ne faudra jamais poser un autre diagnostic sans s'être assuré par l'enquête, le Wassermann et au besoin par l'épreuve thérapeutique, qu'on est est droit de l'éliminer.

Si l'on croit la tuberculose en jeu, il faudra, pour l'affirmer, s'appuyer sur les caractères évolutifs de la lésion, rechercher s'il existe d'autres accidents tuberculeux, fouiller les antécédents. Enfin la réaction à la tuberculine sera d'un utile appoint.

2° *Ulcère syphilitique et ulcère scléro-tuberculeux.* — A côté de ces formes un peu idéales, l'ulcère scléro-tuberculeux présente un aspect bien spécial qu'il faut connaître.

Comme nous le disions plus haut, il est de connaissance relativement récente,

Deux communications de M. Milian à la Société

médicale des hôpitaux faites, l'une le 22 mars, l'autre le 26 juillet 1907 marquent le début de son histoire clinique. On peut affirmer aujourd'hui qu'il est de constatation très fréquente.

Le diagnostic scléro-tuberculeux se pose sur deux ordres d'éléments cliniques.

a) L'existence de sclérodermie au voisinage de la lésion ;

b) Les caractères propres de l'ulcération ;

A) La démonstration de la sclérodermie tuberculeuse est la première en date. Elle fait l'objet de la première communication.

M. Milian y fait remarquer que l'on voit souvent à la suite d'ulcérations tuberculeuses des cicatrices éburnéennes ayant tous les caractères de la sclérodermie. Il ne s'agit d'ailleurs que d'une guérison clinique et ces lésions n'ont de cicatrices que le nom car l'examen biopsique montre à leur niveau l'existence d'un processus tuberculeux en évolution.

De ces faits M. Milian rapproche cette constatation que les ulcères de jambe ont souvent un pourtour sclérodermique et que leurs cicatrices le sont. On met communément cet aspect sur le compte de troubles trophiques et on le qualifie de glossy-skin.

Des recherches entreprises à ce sujet sur deux malades porteurs d'ulcères, montrent chez eux l'existence de tuberculose décelée par l'examen clinique et par la réaction de la tuberculine.

L'inoculation d'un fragment du bord de l'un des ulcères, détermine chez le cobaye une tuberculose

générale à évolution lente, semblable, anatomiquement, à la lésion qui avait servi à l'inoculation.

« Il est donc dès lors indiscutable :

1° Qu'il existe une sclérose tuberculeuse de la peau ;

2° Que les ulcères dits variqueux accompagnés de glossy-skin sont des ulcères tuberculeux constituant une forme scléro-tuberculeuse des ulcères de jambe. »

B) La description morphologique de l'ulcère lui-même fut donnée à l'occasion d'une observation communiquée six mois plus tard. Le diagnostic d'ulcère tuberculeux s'appuyait à la fois sur l'existence chez le sujet de stigmates de bacillose à marche lente, sur un examen histologique des lésions, sur l'inoculation au cobaye du bord de l'ulcère qui avait donné une tuberculose inflammatoire.

Voici les principaux points à retenir sur la clinique de ces ulcères :

Leur forme n'est pas assujettie à un graphique de contour méthodique, relevant forcément de la modalité circinée. Dans le premier cas communiqué la forme était losangique ;

Les caractères les plus nets sont :

L'aspect du fond : généralement atone, gris rosé, non bourgeonnant ;

Et surtout l'état des bords, surélevés : dans les cas les plus typiques, il existe un véritable bourrelet qui peut être fibreux, d'apparence ligneuse, chéloï-

dienne ; il est saillant au-dessus des téguments environnants et parfois éversé en dehors.

Le pourtour est blanc rosé, glacé. Les tissus sont adhérents aux plans sous-jacents.

Cette sclérodermie peut être très marquée et même s'accompagner d'une sclérose des organes profonds, comme dans le cas de M. Milian où un degré d'équinisme accentué semblait tenir à la fois à la sclérodermie étendue et à une sclérose du tendon d'Achille.

La caractéristique évolutive de cette lésion est sa lenteur de cicatrisation qui résiste au repos absolu et aux pansements appropriés.

En terminant, M. Milian signale que cette forme d'ulcère scléro-tuberculeux est fréquente et comprend à peu près le tiers des ulcères dits variqueux.

Cette notion de fréquence est aujourd'hui pleinement confirmée. C'est pourquoi nous avons cru devoir lui consacrer ce développement pour bien préciser ses différences d'avec l'ulcère syphilitique.

Notons un point particulier. — Les deux diagnostics peuvent ne pas s'éliminer l'un l'autre. Il existe en effet un *ulcère hybride syphilitico-tuberculeux*. Dans ces cas c'est l'évolution qui renseigne : telle ulcération est considérée comme spécifique et de fait subit les heureux effets du traitement. Soudain la lésion s'arrête dans sa régression. L'aspect se modifie. Il faudra pour obtenir un résultat, mettre en œuvre la thérapeutique des tuberculoses cutanées.

Dans l'observation qui a servi de base à la description initiale de l'ulcère scléro-tuberculeux, le

malade était un syphilitique. Il avait été soigné antérieurement pour son ulcère par la médication mercurielle. Il est difficile de savoir si ce traitement s'appuyait sur la découverte d'un stigmate quelconque de syphilis ou s'il reposait sur les caractères que pouvait avqir l'ulcère à ce moment.

Le cas d'ulcère scléro-tuberculeux que nous rapporterons plus loin est un exemple des plus nets d'ulcère hybride syphilitico-tuberculeux. Le diagnostic de nature spécifique appuyé sur la clinique et sur le Wassermann est vérifié par le traitement arsenical qui donne des résultats rapides. Quand on croit approcher de la cicatrisation, les progrès s'arrêtent soudain en même temps que les bords de l'ulcère se surélèvent en bourrelet et prennent un aspect chéloïdien.

III. — *Ulcère syphilitique et ulcère variqueux*

Voici peut-être le point qui prête le plus à discussion. La dénomination d'ulcère variqueux nous semble renfermer des cas de nature très disparate. Nous avons dit plus haut que beaucoup d'ulcères classiquement appelés variqueux sont en réalité des ulcères scléro-tuberculeux. Nous nous appliquerons à montrer dans ce chapitre combien sont nombreux les cas où la syphilis nous parait être en jeu.

Le diagnostic d'ulcère variqueux est de ceux que l'on porte le plus facilement, s'appuyant en cela sur l'opinion des anciens auteurs qui l'ont décrit de tous

les temps. C'est pourtant, sans préjuger de sa réalité, un diagnostic qui demanderait à n'être pas porté à la légère puisque malgré des tentatives réitérées, la thérapeutique, au moins la thérapeutique médicale, l'a à peu près abandonné.

Différences morphologiques. — Que faut-il en penser ?

Nous aurions voulu donner de cet ulcère une description clinique type nette et précise à mettre en regard des caractères schématiques de l'ulcère syphilitique. Elle ne se trouve pas dans les traités de dermatologie. M. Brocq explique cette absence qui pourrait paraître une omission dans son *Précis Atlas de pratique dermatologique*. Il est d'usage, dit-il, de traiter cette question dans les ouvrages de pathologie chirurgicale. Nous nous y sommes donc reporté. Deux choses nous ont frappé :

1° Le peu de place réservé à la clinique à côté des longs développements consacrés aux théories pathogéniques d'où découlent autant de procédés thérapeutiques.

2° Le peu de netteté des descriptions morphologiques. On trouve en effet des différences notables d'un auteur à un autre. D'un autre côté, le même auteur admet souvent un polymorphisme vraiment troublant des caractères essentiels sur lesquels on aura à se faire une opinion.

Fournier a isolé les caractères qui lui paraissaient les plus nets et dont l'ensemble pourrait servir à appuyer un diagnostic.

Nous transcrivons ici le parallèle qu'il établit en un tableau synthétique.

	<i>Ulcère variqueux</i>	<i>Ulcère syphilitique</i>
Configuration	Configuration quelconque; non assujéti à une configuration méthodique.	Offrant presque toujours un graphique de contours méthodique relevant de la modalité circinée.
Fond.....	Quelconque comme aspect. En tout cas n'offrant jamais l'aspect bourbillonneux ou crémeux propre aux lésions syphilitiques.	Avant détersion offrant toujours : Soit un fond bourbillonneux avec ou sans escharre; Soit un aspect d'enduit en bouillie crémeuse.
Bords.....	Bords épais, relevés en bourrelet. Très rarement à pic.	Bords nettement entaillés et souvent à pic.

Remarquons que ce tableau n'envisage que des cas extrêmes, dans lesquels le contraste serait vraiment saisissant.

Si l'on se reporte aux ouvrages classiques, les caractères de l'ulcère dit variqueux, sont infiniment moins précis et la description infiniment plus élastique.

L'auteur du *Traité de la Syphilis* le reconnaît volontiers et ne cesse de montrer combien la confusion est fréquente.

D'où vient donc que l'on voit avec tant d'assurance, et de façon si fréquente porter le diagnostic d'ulcère variqueux ?

C'est que, laissant de côté les caractères de l'ulcération elle-même, on va chercher des preuves en dehors d'elle.

Principaux arguments sur lesquels on appuie communément le diagnostic d'ulcère variqueux.

Ils sont de trois ordres :

- a) Le siège des lésions ;
- b) Le nombre ;
- c) La coexistence de varices.

Les deux premiers arguments ne nous arrêteront pas longtemps. Ils n'ont de valeur que dans un sens. Car s'il est vrai que l'existence de lésions siégeant dans la moitié supérieure de la jambe ou la coexistence de plusieurs ulcérations, sont des faits qui sentent la spécificité, la proposition inverse ne saurait être admise. La syphilis peut être en jeu pour une ulcération unique. Elle peut siéger n'importe où, même au tiers inférieur de la jambe et à sa face interne. Nous rapporterons après beaucoup d'autres des cas d'ulcères syphilitiques qui sont des plus instructifs.

Argument basé sur la coexistence des varices

Il mérite un plus long développement.

La constatation de veines variqueuses est en effet

pour beaucoup la preuve dernière après laquelle le diagnostic est évident ; et cela malgré les avertissements nombreux des traités.

Dans notre critique nous séparerons deux cas, correspondant à la pratique :

Premier cas. — Il existe des varices externes très nettes. La conclusion est tentante. La conviction d'une relation de cause à effet paraîtrait devoir être établie. Il faut cependant se garder d'en arriver là, sans un supplément d'information. Nous en donnerons deux raisons :

a) Tous les classiques répètent que ce ne sont pas ces variqueux avérés, avec grosse dilatation et insuffisance volontaire manifeste de la saphène et de ses affluents qui sont le plus fréquemment atteints d'ulcères ;

b) Tous les dermatologistes nous apprennent, et beaucoup de chirurgiens l'admettent, que le rôle de la syphilis est fréquent dans la détermination des ulcères des membres variqueux. Nous rapporterons des cas de ce genre où le Wassermann et le traitement imposent le diagnostic.

La syphilis dit Fournier, frappe *in situ minoris résistentiæ*. Souvent alors ses caractères ne sont pas nets, mais il faut en rechercher la cause dans les modifications circulatoires et trophiques du membre.

Verneuil avait déjà la connaissance de ces faits, puisqu'il n'hésitait pas à décrire comme fréquent un ulcère mixte, bâtard, hybride syphilitico-variqueux.

La conclusion logique de ceci nous paraît être que l'existence des varices ne doit pas avoir de signification étiologique pour le clinicien. Elle ne peut lever le doute qui persiste le plus souvent après l'examen clinique.

Deuxième cas. — Il n'existe pas de grosses varices apparentes. L'ulcère, dit variqueux, est attribué à des varices internes.

C'est le cas le plus fréquent, nous disent tous les traités de pathologie chirurgicale.

Nous soulignons tout d'abord la difficulté d'interprétation qui surgit, et nous nous demandons si un esprit non averti n'est pas trop souvent tenté d'imputer à des varices cachées une ulcération dont la cause lui échappe de prime abord.

Nous ne discutons pas cependant l'existence de ces varices internes que des travaux déjà anciens ont établie à plusieurs reprises. Chacun sait le rôle direct ou indirect qu'on leur attribue dans la pathogénie de l'ulcère.

Mais poussant plus loin nos investigations, nous nous demandons quelle est la véritable nature de ces varices profondes.

Il nous semble relever une sorte de contradiction dans les enseignements classiques :

D'une part, on nous dit au chapitre « Varices » : Lorsqu'il existe des varices externes très développées, il existe pour ainsi dire toujours des varices internes et ce sont souvent les plus anciennes en date.

D'autre part, comme nous le disions plus haut, nous apprenons au chapitre « Ulcère » que l'ulcère variqueux, relativement rare dans le cas de varices externes très développées, est plus souvent le fait des varices internes.

Il y a là une constatation surprenante :

Pourquoi ces varices internes, lorsqu'elles existent seules, se compliquent-elles plus souvent d'ulcère que lorsqu'elles sont le fait d'une varicose étendue ?

Une explication nous vient à l'esprit.

La syphilis fait des lésions vasculaires de tous ordres : elle peut frapper les veines aussi bien que les artères.

Dès lors, s'il existe au niveau d'un membre à la fois une ulcération et des altérations veineuses (varices internes thrombo-phlébite localisée) ce n'est voir le problème que sous un de ses aspects que de se demander si l'une des lésions est la conséquence de l'autre. Il faut encore se demander si les deux lésions ne sont pas le résultat d'une seule et même cause et cela à plus forte raison, si les caractères de l'ulcération comme il arrive si souvent, permettent de penser à la syphilis.

Nous rapporterons à l'appui de cette hypothèse une observation où un ulcère de jambe s'accompagne de thrombo-phlébite oblitérante. Ulcérations et altérations veineuses guérissent par le traitement spécifique (v. obs. n° III). Cette preuve clinique n'entend pas renverser toute la théorie de l'ulcère variqueux des classiques. Mais elle attire l'attention sur ce fait

que la syphilis peut provoquer à la fois une ulcération et des altérations veineuses réalisant de tous points le tableau de l'ulcère variqueux que nous trouvons décrit dans les livres.

MM. Favre, Contamin, B. Martine de Lyon, ont fait paraître récemment un article, qui n'est qu'une note préliminaire à une publication plus importante reposant sur une quarantaine d'observations. Ils ont été frappés, nous disent-ils, du grand nombre de malades atteints d'eczéma dit variqueux, d'ulcère dit variqueux, qui ne sont pas porteurs de grosses dilatations veineuses. Ce qu'on observe chez eux, ce sont des veines aux parois manifestement dures paraissant creusées dans un tissu compact résistant et qui sont engainées d'infiltration cellulitique diffuse.

Ils en concluent que ce ne sont pas toutes les varices, mais bien des varices spéciales qui produisent la dermite et l'ulcère dit variqueux.

Ils ont trouvé à l'examen histologique des lésions d'endophlébite d'une intensité telle qu'elles ne peuvent s'expliquer par le seul fait de la varicose. D'autre part l'examen viscéral de leurs malades, la réaction de Bordet-Wassermann, l'action manifeste du traitement spécifique, les ont convaincus du rôle de la syphilis dans la détermination de ces ulcères considérés comme variqueux.

Nous n'avons pas encore de preuves assez indiscutables pour embrasser leur théorie ; et nous n'allons jusqu'à prétendre que l'ulcère dit variqueux

doit disparaître pour être englobé dans le groupe des manifestations syphilitiques.

Mais nous pensons que sa place doit être beaucoup moins importante que celle qu'on lui accorde communément. Les erreurs de diagnostic, sont à notre avis extrêmement fréquentes.

Nous rapportons plus loin l'histoire d'un malade très variqueux et porteur d'ulcère. La saphénectomie a été pratiquée à gauche en 1912. Après une guérison temporaire, les ulcères sont réapparus. Ce malade est un syphilitique avec Wassermann fortement positif. Entré en salle à plusieurs reprises, il en sort guéri rapidement par le traitement arsenical. Si des récidives se produisent, nous voulons bien admettre que la mauvaise vascularisation de ses membres puisse y être pour quelque chose. Mais si la guérison n'est pas plus tenace nous pensons que le malade en est en grande partie responsable, pour n'avoir jamais voulu s'astreindre à un traitement continu dans l'intervalle de ces séjours à l'hôpital.

En définitive, nous estimons que l'ulcère variqueux, s'il est autonome, est beaucoup plus rare qu'on ne l'enseigne généralement. Faute de caractères précis permettant de le reconnaître d'une façon indiscutable, et étant donné les cas fréquents où la syphilis est en jeu, nous regardons ce diagnostic, comme un diagnostic d'exception à ne porter que par élimination, quand on est sûr d'avoir pu rejeter toute idée de syphilis après avoir pratiqué plusieurs réactions de Wassermann, et tenté l'épreuve du traitement.

TRAITEMENT

Nous serons rapides sur ce sujet :

Une lésion syphilitique doit être attaquée par le traitement anti-syphilitique.

Comment conduire ce traitement ? Il n'y a pas ici de précepte particulier. C'est comme toujours en cette matière affaire de méthode et d'opinion personnelle.

Pour nous, nous sommes résolument pour le traitement aussi actif que possible puisqu'il s'agit de syphilis en évolution.

Toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indication, nos malades sont mis d'emblée au novarsé-nobenzol à doses rapidement croissantes.

Il faut insister sur la nécessité de soumettre ensuite les malades à des cures prolongées pour éviter les récidives.

Localement, il y a lieu d'exiger jusqu'à cicatrisation complète, le repos au lit qui améliore la circulation du membre.

Nous n'avons jamais fait usage d'application médicamenteuse locale. On se borne par des pansements fréquents à maintenir l'ulcère à l'abri de l'infection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. A..., 34 ans. Garçon de salle dans un restaurant.

Entré à plusieurs reprises dans le service.

Premier séjour

Admis le 21 août 1922 par la consultation.

Est venu consulter pour une éruption généralisée à tout le corps et surtout pour des plaies de la jambe droite.

a) Les éléments éruptifs se présentent sous des aspects variables suivant les régions.

Aux jambes et aux avant-bras : éléments nombreux, dimensions d'une pièce de 1 franc à une pièce de 5 francs et davantage. Plaques légèrement surélevées, érythémateuses à contours nets polycycliques. Périphérie légèrement infiltrée. Sur les plaques, *croûtes* d'aspect psoriasique siégeant surtout à la périphérie des lésions : les croûtes s'enlèvent d'un seul coup, ne donnent pas au grattage le signe de la tache de bougie. Pas de dernière pellicule, ni de rosée sanglante.

Sur le thorax éléments arrondis ou ovalaires : dimensions d'une lentille à une pièce de 50 centimes. Infiltration moins marquée qu'aux éléments siégeant aux membres. Pas de croûtes actuellement.

b) *A la jambe droite.* — Six ulcérations groupées occupant le tiers inférieur du membre, siégeant aux faces antérieures, antéro-externe et antéro-interne.

Deux ont la dimension d'une paume de main environ et se sont réunies affectant une forme en 8 de chiffre : l'une est antérieure, l'autre externe.

Les quatre autres ulcérations siègent sur la face interne dans la région malléolaire et n'excèdent pas les dimensions d'une pièce de 40 sous.

Le fond est couleur rouge vif.

Le contour est polycyclique en jeu de patience.

Les bords sont nets adhérents.

La profondeur est peu marquée.

Ces ulcérations ont débuté il y a six mois en même temps que les lésions psoriasiformes. Elle se sont installées sans phénomènes douloureux.

L'examen général ne donne aucun signe particulier.

Antécédents. — Chancres de la verge en 1918 (le malade était militaire). Il a reçu à ce moment trois injections intra-veineuses d'arsenobenzol, 15 injections intra-musculaire d'une préparation mercurielle.

Il n'a suivi depuis aucun traitement. Il se serait fait faire en 1920 un Wassermann qui a été négatif et il en a pris argument pour négliger de se traiter.

Marié depuis 1916.

Femme bien portante : pas d'accidents apparents.

Aurait fait une fausse-couche de six semaines spontanément en 1920. Elle n'a jamais été enceinte depuis.

On porte le diagnostic d'ulcère syphilitique avec syphilides psoriasiformes : confirmation est d'ailleurs donnée par un Wassermann fortement positif.

Le traitement est mené énergiquement.

10 gr. 05 de novar en 14 injections du 2 août au 4 octobre.

Du 7 octobre au 27 on fait de plus 17 injections de 0,01 c. de cyanure.

Malgré cela le Wassermann reste fortement positif.

L'amélioration a été manifeste. Les petites ulcérations ont eu une réparation très rapide. La grande ulcération s'est également épidermée très vite. Quand le malade sort le 6 novembre, elle persiste encore mais n'a plus les dimensions que d'une pièce de 2 francs.

Deuxième séjour

Entre à nouveau le 31 janvier 1924.

Accidents comparables à ceux de 1922.

1^e Vaste ulcération de la jambe droite siégeant au tiers inférieur, sur la face antérieure.

Dimension de plus d'une paume de main.

Contour en jeu de patience.

Fond rouge, chair musculaire, à tendance hémorragique. Suintement veineux continu.

Cet ulcère s'accompagne de grosse réaction inflammatoire.

Très grosse infiltration de voisinage : œdème du dos du pied et de la jambe.

Ganglions cruraux durs et douloureux.

Alentour, large placard violacé, hyperpigmenté.

2^e Sur le reste du corps, assez nombreux éléments psoriasiformes, surtout nets aux membres supérieurs où on obtient le signe de la tache de bougie.

Sur le dos, éléments psoriasiformes disséminés ne donnant pas le signe de la tache de bougie.

A la face postérieure des jambes, ces éléments psoriasiformes s'assemblent en placards circinés (typiques de syphilitides tuberculeuses).

Examen viscéral. — Cœur : léger éclat du deuxième bruit à la base.

Système nerveux. — Réflexe rotulien gauche, très diminué. Achilléen gauche aboli.

Pupilles : pas de signe de Romberg. Légère mydriase à droite. Réaction à la lumière paresseuse.

L'examen de la muqueuse buccale ne révèle rien.

Depuis sa sortie, le malade a reçu à la polyclinique du service :

En décembre 22, janvier 1923 : 8 injections hebdomadaires d'huile grise ;

En février 1923, une série de Novar : 0,30, 0,45, 0,60, 0,75.

A partir de mars 1923, il n'est venu au traitement que très irrégulièrement. De ce moment au mois de décembre 1923, il a reçu 24 injections de Quinby. Il n'a pas été traité depuis lors.

L'ulcération ne s'était jamais cicatrisée complètement depuis sa sortie, mais n'avait pas tendance à l'augmentation. C'est depuis le mois de décembre (date de la cessation du traitement) qu'elle a recommencé à s'accroître, en même temps que sont apparus les éléments psoriasiformes.

A l'entrée, le Wassermann est négatif ; il redevient fortement positif huit jours plus tard, après la première injection de Novar.

Le traitement est institué aussitôt et rapidement mené.

On fait des injections tous les cinq jours :

0,30, 0,45, 0,45, 0,60, 0,60, 0,60

On ne peut malheureusement pas continuer.

A la troisième injection (2^e à 0,45) le malade présente des douleurs lombaires intenses qui l'empêchent de marcher.

A la sixième (2^e à 0,60), un érythème purigineux apparaît sur les avant-bras et les mains accompagné de quelques croûtes de prurigo.

La fois suivante, on note un érythème vésiculo-œdémateux prédominant au bras droit.

Le 3 mars, on interrompt le traitement arsenical : à ce moment l'amélioration est très manifeste.

Le 12 mars, on commence une série d'injections quotidiennes de cyanure de Hg.

Le 3 avril, 25 injections ont été faites de un centigramme. La cicatrisation progresse, mais beaucoup plus lentement.

Nous ne pensons pas qu'on puisse mettre en doute ici le diagnostic d'ulcère syphilitique :

Ces lésions ulcéreuses groupées, dont l'évolution est contemporaine de celles de syphilides typiques chez cet homme jeune qui a eu un chancre quatre ans avant l'apparition des accidents actuels sont des faits qui se passent de commentaires. La réaction de Wassermann était en somme un contrôle superflu.

Mais plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette observation.

Faisons remarquer d'abord combien cette lésion est éloignée de l'aspect typique de la lésion syphilitique, deux caractères seulement étaient bien nets. Le polycyclisme du contour, l'entamure des bords.

La résistance de cette lésion au traitement est le deuxième point intéressant. Elle montre bien combien celui-ci doit être patient et prolongé.

OBSERVATION II

Mme Louise D..., 67 ans, blanchisseuse.

Entrée dans le service le 10 mars 1924.

Vaste ulcération de la jambe droite, dont le début remonte à un an environ.

Siège au tiers inférieur de la jambe sur la face interne.

Dimension d'une petite paume de main à peu près.

Forme irrégulièrement ovale à grand axe vertical.

Limite inférieure un peu en arrière de la malléole interne.

Les contours bien qu'irréguliers par endroits affectent dans l'ensemble une disposition nettement circonscrite.

Les bords sont nets, taillés à pic, nullement décollés.

Fond rouge vif, assez régulier.

Pourtour infiltré de coloration rouge.

Dans la région de la malléole interne, gonflement marqué, douloureux ; la peau est rouge vif, tendue, brillante, squameuse par endroits.

Sur la jambe gauche au-dessus et en arrière de la malléole interne, petite lésion arrondie de la dimension d'une grosse lentille. Croûte noire enchâssée dans le derme, sous laquelle on découvre une ulcération saignante. Pas de réaction inflammatoire.

Le début de l'ulcération de la jambe droite date d'un an à peu près. La malade explique qu'elle a eu d'abord une sorte de « bouton ». Il s'est fait ensuite une petite croûte qu'elle a arrachée en pressant sur son bas. Il y aurait eu une hémorragie assez abondante. Elle entra alors à l'hôpital Bichat, où elle

resta huit jours. A sa sortie il existait une ulcération de la dimension d'une pièce de 40 sous. Tout en continuant son travail, elle est allée deux fois par semaine au pansement à Bichat jusqu'à son entrée à Saint-Louis.

Examen général. — Il existe des varices aux deux membres inférieurs, surtout à la jambe droite. Peloton veineux formé de petits cordons indurés du volume d'une plume d'oie au niveau du creux poplité.

Sur le reste du corps, on trouve des lésions de phthiriasis, mais aucune cicatrice d'apparence spécifique.

Pas de lésions des muqueuses.

Ecartement marqué des incisives médianes supérieures.

Le poumon et le cœur sont normaux. Pas d'aortite.

Il n'existe pas de troubles du système nerveux : réflexes rotuliens, un peu vifs ; pupilles en myosis : réagissent bien.

Les fonctions digestives paraissent normales, pourtant le foie déborde les fausses côtes d'environ un travers de doigt. Il est indolore. Son bord inférieur est régulier et lisse.

Antécédents. — Pas de maladies graves.

En vingt ans de ménage n'a jamais été enceinte.

Le reste de l'enquête au sujet de la syphilis ne donne aucun renseignement.

Le Wassermann dans le sang se montre très positif (+++)

Le traitement est aussitôt institué.

Novarsenobenzol en injection intraveineuse tous les cinq jours.

Du 12 mars au 4 avril la malade a reçu 2 gr. 25 de médicament : 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75.

La cicatrisation progresse très rapidement. Elle est complète le 3 avril.

Ainsi, malgré l'apparence peu schématique de cette lésion, l'aspect circiné du contour, l'entamure nette des bords devaient faire penser à la syphilis. La petite lésion de la jambe gauche était encore plus caractéristique.

L'examen général du sujet, les antécédents ne donnaient pas une vérification nette.

C'est en se basant sur les caractères mêmes de l'ulcère qu'on pratique une réaction de Wasserman. Le traitement est venu, en trois semaines, donner une preuve indiscutable du diagnostic.

Il y a lieu de penser sans doute que si cette femme est restée un an sans qu'il fut institué de traitement spécifique, c'est à l'existence des varices qu'il faut imputer cette conduite. Si l'on avait systématiquement soupçonné la syphilis, la réaction de Wassermann aurait évité ce temps perdu.

OBSERVATION III

Mme F..., 63 ans. *Ménagère.*

Entre le 23 février 1924 pour ulcération de la *jambe gauche*. Cette ulcération occupe la moitié inférieure de la face interne de la jambe.

Dimensions d'une large paume de main.

Forme générale irrégulière.

Cependant les contours affectent une disposition polycyclique.

Bords adhérents, non décollés : pas très à pic.

Fond : banal.

A la périphérie zone aréolaire infiltrée.

Pigmentation en nappe, débordant largement la lésion.

Dans cette zone, on note à la palpation des thromboses veineuses manifestes.

Le tibia est douloureux dans presque toute sa hauteur.

Il est le siège de douleurs ostéocopes nocturnes.

On note une synovite indolore des tendons de la gouttière rétro-malléolaire externe gauche, qui semble dater du même temps que l'ulcération.

A la partie supérieure de la jambe : 5 centimètres environ au-dessous de la tubérosité interne du tibia, existe une cicatrice de la dimension d'une pièce de 40 sous, déprimée, très régulièrement arrondie au niveau de laquelle la peau est blanche et fine.

Le début remonte à 1912. La malade le rattache à un traumatisme qu'elle aurait reçu au niveau de la cicatrice supérieure.

A la suite, la partie inférieure de la jambe serait devenue violacée.

L'ulcération actuelle serait apparue six mois après la première, au centre de cette zone.

Elle serait restée fermée pendant trois ans au moment de la guerre.

La malade s'était soignée elle-même (Teinture d'iode. Pommades. Gouttes à l'intérieur).

Depuis six ans, il n'y a jamais eu de cicatrisation.

L'examen général donne peu de renseignements.

On ne trouve pas d'autres lésions cutanées.

Pas de lésions muqueuses : pas de leucoplasie.

L'examen du système nerveux décèle seulement une abolition du réflexe achilléen gauche.

Les autres appareils sont normaux.

Antécédents. — N'a pas eu de maladie grave.

Cette femme a eu 9 enfants :

Une petite fille, la sixième, est morte à 10 mois de convulsions ;

Une autre fille est morte à 15 ans après deux mois de maladie : elle aurait été commotionnée par l'explosion de la Courneuve ;

Deux fils ont été tués à la guerre ;

Un autre est mort il y a quatre mois de congestion pulmonaire (?) Il aurait été gazé ;

Les 3 enfants qui restent sont actuellement bien portants.

De plus, cette femme dit avoir nourri 25 enfants.

Son mari est mort en 1909 à 51 ans : Il avait, dit-elle, une maladie de cœur.

Vingt-cinq ans de ménage : pas de fausse-couche.

Pas d'autres antécédents héréditaires intéressants.

A l'entrée le *Wassermann* dans le sang est négatif.

Malgré cela, on institue un *traitement* au novarsenobenzol :

Injectons tous les cinq jours :

0,30-0,45-0,45-0,45-0,60. Soit 2 gr. 25 du 29 février au 20 mars. Les résultats sont rapides. Au fur et à mesure que la cicatrisation avance : le polycyclisme du contour devient de plus en plus évident.

En trois semaines de traitement l'ulcération a regressé de plus de moitié.

Il n'y a plus trace d'induration veineuse à la palpation.

Malheureusement on est obligé d'interrompre, des phé-

nomènes d'intolérance s'étant manifestés (Efforts de vomissements, nausées).

On commence le 28 mars une série d'injections quotidiennes de cyanure de mercure, l'amélioration se poursuit.

Cette observation fait ressortir la morphologie atypique des ulcères spécifiques d'évolution lente. Ici peu de signes nets indiquaient la syphilis. Seuls devaient y faire penser le polycyclisme d'ailleurs peu net au début du contour, le caractère d'adhérence des bords et encoren'étaient-ils pas nettement taillés à pic. Heureusement plusieurs éléments suspects pouvaient éclairer le diagnostic. L'histoire du début, la lésion cicatricielle de la partie supérieure de la jambe, l'existence de cette synovite chronique indolore contemporaine de l'ulcère : tous ces faits devaient conduire à rechercher l'étiologie syphilitique.

Malgré le Wassermann négatif, malgré le peu de résultats tirés de l'enquête, le traitement devait être institué. Nous avons vu qu'il avait tranché en dernier ressort. Mentionnons, ce que nous avons déjà dit, que sous son influence, l'aspect polycyclique de la lésion est apparu manifestement.

OBSERVATION IV

Mme M..., 50 ans, fille de salle dans un restaurant.

Entrée à deux reprises dans le service.

A. — *Premier séjour*

Entre le 20 novembre 1923. Passée d'un service de chirurgie fermé pour réparations.

Présente une lésion de la *jambe gauche*.

Ulcération allongée verticalement au devant de la malléole interne : 6 centimètres de long, 3 centimètres de large au point le plus large.

Forme ovale régulière.

Fond légèrement surélevé et bourgeonnant.

Bords non décollés : se continuent vers le fond de la lésion par un léger liseré épidermique de début de réparation.

Cette lésion est indolore, sauf quelques tiraillements à la marche.

Au voisinage de cette ulcération, il existe deux autres ulcérations de la dimension d'une pièce de un franc, situées sur la face antérieure du cou de pied.

Leur forme est ovale.

Les bords sont taillés à pic, légèrement surélevés.

Le fond nettement déprimé est inégal et rouge.

Autour des lésions les téguments sont rouges avec tendance à la cyanose.

L'ulcère a débuté il y a six mois. Il n'y a pas eu de guérison depuis. Elle a eu d'abord une sorte de « bouton » dit-elle qui s'est ulcéré : la lésion s'est aggrandie progressivement jusqu'à l'état actuel.

La malade était entrée en chirurgie le 22 octobre dernier. On lui a donné des soins locaux uniquement. Il y a eu une certaine amélioration, mais très lente.

Examen général. — On est frappé par une déformation des os du nez donnant le classique aspect « en selle » (congénitale).

On note également de « l'ozène ».

L'auscultation du cœur révèle un clangor du deuxième bruit à la base.

L'examen nerveux montre des réflexes rotuliens vifs. Les achilléens existent et sont normaux.

Il n'y a pas de signe de Babinski.

Les pupilles sont en myosis : signe d'Argyll-Robertson net:

L'examen général révèle en outre une sénilité prématurée.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à 12 ans.

A 18 ans congestion pulmonaire et pleurésie.

Une fausse couche spontanée de cinq mois à 32 ans.

Pas d'autres grossesses (cinq ans de ménage).

Phlébite à la jambe gauche il y a deux ans. La cause ne peut pas être précisée.

Le Wassermann dans le sang est très positif (+++) (23 nov.).

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants.

Lymphocytes = 15.

Albumine = 0,70.

W. = +++.

Le traitement s'impose donc :

Injectons de novarsénobenzol tous les cinq jours 0,30 + 0,45 + 0,45 + 0,60 + 0,75 = 2 gr. 55. du 20 novembre au 14 décembre.

L'amélioration des plus rapides. Le 1^{er} décembre l'ulcère n'a plus que 5 centimètres de long sur 1 centimètre de large.

Le 7 décembre, la cicatrisation est complète.

Le 15, la malade sort de l'hôpital.

Deuxième séjour

La malade revient le 7 janvier 1924, vingt-deux jours après son départ.

L'ulcération s'est rouverte huit à dix jours après la sortie et n'a cessé de s'accroître depuis.

On constate actuellement dans la région de la malléole interne gauche une lésion ovalaire de 6 à 8 centimètres de hauteur, sur 2 à 3 centimètres de largeur.

Les bords sont entaillés à pic, non décollés.

Le fond est rouge suintant.

Il existe une réaction inflammatoire de voisinage très marquée.

La peau est rouge, tendue, douloureuse à la palpation. Ces phénomènes inflammatoires s'accompagnent d'adénopathie inguinale douloureuse.

On perçoit au palper des cordons veineux indurés au niveau du mollet.

Le Wassermann est fortement positif + + +.

On remet aussitôt la malade au traitement.

0,30-0,45, -0,60-0,75-0,90-0,90-0,90 = 4 gr. 80.

La cicatrisation est d'abord très rapide et semble devoir aboutir aussi vite que la première fois.

Pourtant au début de février les progrès s'arrêtent.

En même temps l'aspect de la lésion se modifie.

Le 14 février, le tableau est tout à fait changé : les bords de l'ulcération sont surélevés en forme de bourrelet de 5 mil-

timètres de hauteur sur 7 millimètres de largeur. Ils présentent une tendance chéloïdienne.

La réaction inflammatoire s'étant calmée, le pourtour a un aspect sclérodermique.

On porte le diagnostic d'ulcère hybride syphilitico-variqueux.

La cuti-réaction à la tuberculine est d'ailleurs positive.

Le traitement spécifique est suspendu.

Le 15 février, on fait une application de rayons X 5 *H nus*.

Pas de résultat : Le 27 le bourrelet s'est manifestement accentué. La lésion s'est étendue.

En mars on fait 4 injections hebdomadaires d'huile grise.

Le 20 mars, nouvelle application de rayons X 5 *H nus*.

La lésion reste stationnaire.

Nous voyons la malade la dernière fois le 7 avril. Il semble qu'il y a une petite tendance à la régression :

On a repris le traitement arsenical le 4 avril.

Cette observation offre plusieurs particularités des plus intéressantes :

Voici une malade qui à son premier séjour est entrée dans le service, après avoir passé un mois en chirurgie. Sans doute l'examen morphologique de l'ulcère n'imposait pas le diagnostic de nature syphilitique. Cependant la régularité du contour, l'existence au voisinage de lésions plus nettes devaient y faire penser. En tout cas, la déformation du nez, l'ozène, les signes de tabès insipiens dont nous avons confirmation par l'examen du liquide céphalo-rachidien, réalisent un tableau clinique que l'on rencontre rare-

ment aussi complet. Le Wassermann fortement positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien faisaient un devoir d'instituer un traitement.

Nous sommes les premiers à reconnaître qu'il y avait un début d'amélioration au moment où elle nous a été passée. Nous voulons bien admettre que les soins locaux et le repos au lit y furent pour quelque chose. Nous répondrons qu'il y a des syphilitides qui guérissent spontanément. Mais on voudra bien nous accorder qu'il n'y a pas de parallèle entre cette tendance timide à la guérison constatée au bout d'un mois et la cicatrisation à marche forcée que le traitement a obtenu en quinze jours.

Mais c'est au cours de son deuxième séjour que cette femme nous a offert la constatation la plus intéressante. On voit se développer un ulcère typique scléro-tuberculeux, constituant une forme hybride syphilitico-tuberculeuse.

OBSERVATION V

M. D..., 47 ans. Maçon, à fait trois séjour dans le service.

Premier séjour

Entre le 23 août 1920, pour ulcérations de la jambe gauche.

a) Grand ulcère de la dimension d'une paume de main.

Siège à la face externe du membre, partie moyenne.

Forme ovale, contour régulier.

Bords nets.

Fond irrégulier, bourgeonnant, couleur rouge sale.

b) Au-dessous et un peu en dehors, autre ulcère de dimensions un peu moindres.

Mêmes caractères.

c) En dehors de cette dernière ulcération, deux autres ulcérations régulièrement circulaires, à bords taillés à l'emporte-pièce. Dimension d'une pièce de 50 centimes.

Toute la peau des deux tiers inférieurs de la jambe gauche est rouge et épaissie.

A droite, il n'y a pas d'ulcère mais la peau dans les deux tiers inférieurs est fine et fortement pigmentée.

Ce malade présente à droite des varices très développées.

A gauche, longue cicatrice verticale indiquant le trajet de la saphène interne qui a été extirpée.

L'examen des divers appareils est négatif.

Antécédents. — Aurait eu vers 1906 une lésion anale, sur la description de laquelle il est difficile d'avoir des précisions nettes. Il alla consulter à Ricord. On lui aurait fait 4 injections intraveineuses au pli du coude. Le malade n'a suivi aucun traitement depuis lors.

Les varices datent de l'âge de 25 ans.

Depuis 1906, il a eu fréquemment des ulcérations au voisinage des chevilles.

La saphénectomie gauche a été pratiquée à Necker en juillet 1912.

Le malade est resté deux ans sans ulcération nouvelle.

Puis des ulcères à répétition sont apparus.

Le malade est célibataire.

Le Wasserman est fortement positif (+ + +).

Le traitement au novar est institué : injections tous les

cinq jours. Le malade reçoit 6 gr. 15 de médicament en 9 injections depuis son entrée jusqu'au 8 octobre.

Le Wassermann est encore fortement positif à la sixième injection, malgré cela les progrès sont rapides. Il sort complètement cicatrisé le 11 octobre 1920.

Deuxième séjour

Entrée : le 10 novembre 1921.

Jambe droite :

Six ulcérations groupées dans la région de la malléole interne.

Dimension moyenne de 1 centimètre de diamètre.

Arrondies.

Bords à pic.

Fond bourbillonneux jaunâtre.

Base infiltrée.

Aréole rouge violacée.

Certaines lésions sont recouvertes d'une croûte noirâtre.

Jambe gauche :

Cinq ulcérations groupées du même type qu'à droite, un peu plus allongées à grand axe vertical de 2 centimètres environ.

Il existe de plus une lésion semblable recouverte par une croûte dans la région de la malléole externe.

Les cicatrices des ulcères précédents ne sont pas ulcérées.

Examen général. — Ganglions dans la région crurale.

Ganglion épitrochléen gauche.

Appareil circulatoire. — Pouls ralenti 44, inégal.

Cœur lent : pas d'extrasystoles. Pas de modification des bruits.

Système nerveux. — Réflexes achilléens faibles.

Le malade n'a suivi aucun traitement depuis sa sortie.

Le W. est positif.

On injecte 4.80 de novar en 7 injections, du 10 novembre au 17 décembre.

La cicatrisation est totale le 23 novembre (3^e injection).

Le Wassermann est négatif le 15 décembre.

Le malade sort le 19 décembre.

Troisième séjour

Entrée le 28 mars 1924.

Ulcération de la *jambe droite*, apparue depuis un mois.

Siège au tiers inférieur de la face interne.

Forme ovale, grand axe vertical (8 cm.) largeur 4 cm.

Bords taillés à pic.

Contour festonné assez régulier.

Fond inégal, rouge avec points jaunes verdâtres, sanieux.

Pourtour infiltré.

Au voisinage, phénomènes inflammatoires s'étendant vers la région malléolaire.

Jambe gauche :

Malléole externe. — Ulcération régulièrement arrondie, bords nets, dimension d'une pièce de 1 franc.

Malléole interne. — Deux petites ulcérations semblables de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

La peau est très pigmentée, allant du rose au violet brun.

L'examen général ne donne aucun renseignement particulier.

La bradycardie constatée au dernier séjour persiste et s'accompagne d'un léger clangor du deuxième bruit à la base.

Cette fois encore le malade n'a suivi aucun traitement depuis sa sortie.

Le Wassermann est négatif. On commence cependant le traitement.

Cette observation illustre de la façon la plus claire la question du diagnostic entre ulcère spécifique et ulcère variqueux.

Les varices dont cet homme est atteint ont un tel développement, que nous ne sommes pas surpris qu'on ait pu leur attribuer une signification étiologique dans l'origine de ses ulcères. Cette conclusion a été poussée jusqu'à la saphénectomie.

Quand cet homme est entré à l'hôpital, l'ulcère principal n'offrait sans doute pas une symptomatologie indiscutable. Pourtant, la netteté des contours, l'entamure des bords avaient éveillé l'attention. La présence de lésions plus caractéristiques au voisinage de celle-ci, la notion d'un accident soigné à Ricord par des injections intraveineuses venaient donner une suspicion plus grande. Le Wassermann enfin se montra positif. Voici donc un ulcère chez un homme à la fois syphilitique et variqueux. L'influence du traitement fut manifeste et démontra le rôle de la spécificité dans la détermination de l'ulcère sur les membres variqueux.

Les récidives sont évidemment fréquentes. Nous reconnaissons bien que la mauvaise vascularisation

des membres inférieurs puisse jouer ici un rôle important. Mais nous ferons remarquer que dans l'intervalle de ses séjours, jamais ce malade n'a voulu se prêter au moindre traitement.

CONCLUSIONS

1° L'ulcère syphilitique de jambe a souvent une symptomatologie atypique.

2° Parmi les signes cliniques, ceux qui nous paraissent les plus constants, et qui suffisent à notre sens pour attirer l'attention, sont :

La modalité circinée du contour;

L'existence de bords taillés à pic.

3° Tous les moyens de contrôle tendant à démontrer la syphilis doivent être mis en œuvre.

Nous estimons qu'il convient tout particulièrement de remettre en honneur le traitement d'épreuve conduit de façon active.

4° Certaines causes d'erreur sont particulièrement utiles à bien connaître :

a) Dans le diagnostic avec les lésions tuberculeuses, il faut se souvenir de la fréquence en matière d'ulcère de jambe de l'ulcère scléro-tuberculeux, et savoir qu'il existe des ulcères hybrides syphilitico tuberculeux.

b) Chez les variqueux deux notions sont à retenir :

α) La syphilis est fréquemment en cause dans les

ulcères des membres variqueux et le traitement spécifique devrait toujours être tenté.

β) Il y a lieu de se demander, si beaucoup d'ulcères attribués à des varices internes ne sont pas des ulcères syphilitiques accompagnés d'altérations veineuses.

Vu : le Président de la thèse,
JEANSELME

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Berdal. — Traité pratique de la syphilis.

Brocq. — Traité élémentaire de dermatologie pratique.

— Précis atlas de pratique dermatologique.

Darier. — Précis de dermatologie.

Fournier. — La syphilis, t. II (Les syphilides tuberculo-ulcéreuses).

Favre (M.), Contamin (R.), Martine (R.). — Dermite pigmentée et purpurique et les phlébites chroniques syphilitiques des membres inférieurs. Syphilis et ulcères dits variqueux (Lyon médical, février 1924, n° 5)

Lecène. — Varices (Précis de Pathologie chirurgicale, t. I).

Milian. — La scléro-dermie tuberculeuse (Soc. Méd. Hôp., 22 mars 1907).

— Ulcère de jambe scléro-tuberculeux (Soc. Méd. Hôp., 26 juillet 1907).

Quénu. — Traité de chirurgie, t. I, « Ulcères ».

Reclus. — Traité de chirurgie, t. II, « Varices ».

Schwartz (A.). — Nouveau traité de chirurgie, t. I, « Ulcères ».

